第1号様式(第3条関係)

紙おむつ等購入費助成申請書(新規・再申請)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日生(　　　歳) |
| 住所 | 阿賀野市 | 電話番号 | 　　　 ― |
| 区分 | □介護度なし　　□要支援１　　□要支援２　　□要介護１　□要介護２　　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５※該当するところに✓を付けてください。 |
| 備考 |  |
| 世帯の状況(本人を含む) | 氏名 | 年齢 | 対象者から見た関係 | 市町村民税課税状況(担当課記入) |
| 均等割税額 | 所得割税額 |
| 　 | 　 | 対象者本人 | 円 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 円 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 円 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 円 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 |
| 助成券送付先（✓を付けてください） | □対象者住所に送付□異なる住所に送付 | ※異なる住所を記入してください（〒　　　-　　　　）住　　所：氏　　名：電話番号： |
| 阿賀野市長　　様上記のとおり、紙おむつ等購入費の助成を申請します。なお、助成認定のため、貴職が世帯の課税状況並びに介護認定状況を資格喪失までの間、調査すること及び、再調査等に際し居宅サービス事業者若しくは介護保険施設などの関係者に申請情報を掲示することに同意します。　　　　年　　月　　日住所　阿賀野市申請者　(対象者)氏名住所(代理人)氏名 |
| ※担当者記入 | 　　年　　　月　　　日　　認定・却下（　　年　　月分より助成） |